FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1879 **THÈSE** N° ~~341~~ 350

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 juillet 1879, à 1 heure.

Par DUFOUR (Alexandre-Charles-Marie)
Né à Annonay (Ardèche), le 16 nov. 1849

DU RHUMATISME DIT HÉMORRHAGIQUE

ET DU

PURPURA RHUMATISMAL

Président : M. PETER, *professeur*.
Juges : MM. BALL, *professeur*. LANCEREAUX, RICHET, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.
1879

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen .... M. VULPIAN.

Professeurs .... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL
CADIAT	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER.	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU.	PINARD.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques	N.
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

M. RÉNÉ DUFOUR

Docteur en médecine

A MON ONCLE

M. ALEXANDRE DUFOUR

Docteur médecin
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Lyon

A MES AMIS

M. LE DOCTEUR AMODRU

Ancien interne des hôpitaux de Paris

M. PAULIN

Docteur en médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR VULPIAN

Doyen de la Faculté de médecioe
Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine
Médecin de la Charité
Officier de la Légion d'honneur

DU RHUMATISME DIT HÉMORRAGIQUE

ET DU

PURPURA RHUMATISMAL

Nous avons eu l'occasion de voir, dans le courant de nos études, quelques cas de rhumatisme articulaire dans lesquels s'étaient produites des éruptions de purpura. Tout récemment encore, dans le service de M. Dumontpallier, nous avons recueilli l'observation d'un malade qui, en pleine évolution d'un rhumatisme subaigu, a présenté plusieurs poussées successives de taches hémorrhagiques. Ce malade nous présentait un exemple des plus nets de ce que l'on a appelé le *purpura rhumatismal*.

Le but que nous nous proposions, en commençant ce travail, était de donner une description d'ensemble de cette forme assez rare du rhumatisme; mais les recher-

ches bibliographiques que nous avons dû faire nous ont montré que la question n'était pas aussi simple que nous le pensions au premier abord. Les dénominations de *rhumatisme hémorrhagique* ou de *rhumatisme scorbutique*, introduites depuis bien longtemps dans la science, et remises en honneur dans ces dernières années, ont été le point de départ de confusions et d'erreurs regrettables, en servant d'étiquettes à des affections qui n'ont avec le rhumatisme aucun degré de parenté. Il nous a paru intéressant, avant d'aborder l'étude du purpura rhumatismal, de dire ce qu'il faut penser, suivant nous, de ce prétendu rhumatisme hémorrhagique; c'est ce qui fait l'objet de notre premier chapitre.

Pour la seconde partie de notre travail, nous avons puisé des renseignements et des observations dans plusieurs livres ou monographies dont nous donnerons l'indication au fur et à mesure que nous les citerons.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le Dr Dumontpallier de la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous autorisant à publier une observation que nous avons recueillie dans son service.

M. Le Dr Cuffer, MM. Arnozan et Poulin, internes des hôpitaux, ont bien voulu nous communiquer un certain nombre de cas inédits; nous tenons à leur en exprimer ici notre sincère reconnaissance.

DU RHUMATISME HÉMORRHAGIQUE

Les premiers auteurs qui ont parlé du rhumatisme

hémorrhagique sont Frédéric Hoffmann, Lind, Ettmuller et Willis. Nous n'avons pas lu leurs ouvrages, nous étant arrêté à Sauvages qui a écrit après eux et qui les cite; or voici ce que dit ce médecin sur le sujet qui nous occupe (1):

« Le rhumatisme scorbutique accompagne le scorbut ou lui succède. Quand il accompagne le scorbut, les douleurs ne se font pas sentir plus vivement la nuit que le jour; elles changent souvent de place, et se jettent sur le dos, les articulations et les jambes. Quand les pieds sont enflés, elles se font sentir à la poitrine et causent une difficulté de respirer qui s'accroît au plus léger exercice. La lassitude est générale, le bas-ventre est tendu, enflé, le visage pâle et œdémateux; le malade est paresseux, engourdi; il sent des douleurs dans les oreilles et dans les mamelles.

« Lorsque les douleurs succèdent au scorbut, elles se déclarent après la guérison de la maladie. Ce rhumatisme est aussi goutteux et chronique; les articulations sont douloureuses et engourdies; ces deux rhumatismes augmentent lorsque le malade change de place, et se terminent par une contracture; ils sont caractérisés par des taches aux jambes; mais la bouche n'est point affectée. »

On avouera que c'est là une description bien vague, et qu'on a beaucoup de peine, au milieu de cette symptomatologie complexe, à démêler les symptômes ordinaires du rhumatisme articulaire.

(1) Sauvages, Nosologie méthodique. Paris, 1771, t. II, p. 404.

Telle n'est pas cependant l'opinion de tous les auteurs; et M. Constantin Paul, faisant allusion aux lignes que nous venons de reproduire, dit que Sauvages « donna une *description complète* du rhumatisme scorbutique »; c'est presque avouer que le rhumatisme scorbutique n'existe pas.

Dans son mémoire sur le rhumatisme hémorrhagique, ce savant médecin rapporte un certain nombre d'observations que nous croyons devoir résumer ici en très-peu de mots (1) :

1° Fille de 7 ans et demi, ayant eu, comme antécédents pathologiques, une bronchite à 3 ans et demi, et, à 6 ans, un érythème noueux passager, sans autre manifestation rhumatismale. Le 28 mai, elle est prise de douleurs dans les jambes et d'une fièvre modérée. On voit sur les jambes quatre ou cinq taches de la largeur d'une pièce de 1 franc et formées par une ecchymose bleuâtre récente; en outre, quelques petits points de purpura. Le genou gauche est gonflé, douloureux, fluctuant; le lendemain matin, la douleur et le gonflement avaient disparu, et on voyait au genou une ecchymose jaune verdâtre qui formait une couronne autour de la rotule; l'état général était plus grave : peau sèche et d'une chaleur mordicante. Le 3e jour de la maladie, le poignet gauche devient douloureux, ne l'est déjà plus le 4e et se recouvre d'une ecchymose. Quelques douleurs dans

(1) Constantin Paul, Contribution à l'histoire du rhumatisme; de deux variétés de rhum. hémorrhagique. Arch. gén. de méd., 1864, 6e sér., t. IV, p. 676.

l'épaule du même côté. Le 3e jour, douleur dans les reins et albuminurie. Le 6e jour, œdème au front. Les jours suivants l'albuminurie continue; l'œdème s'étend aux paupières et paraît aux malléoles. Le 10e jour, début de la convalescence; il n'y a plus d'œdème et l'urine ne contient plus d'albumine. Guérison.

2° Le second cas est emprunté à MM. Rilliet et Barthez; il s'agit d'une fille de 14 ans, traitée une première fois pour une affection rhumatismale, à marche chronique. Elle est reprise de douleurs dans les hanches, les genoux, les articulations, sterno-claviculaires A l'hôpital, on constate des signes de cachexie; les gencives sont livides, saignantes; survient une anasarque généralisée, puis de la diarrhée, et la malade meurt dans un état d'affaiblissement extrême.

A l'autopsie, on trouve des épanchements de sang autour de l'extrémité interne de la clavicule, *au-dessous du périoste* qui est décollé dans une certaine étendue; même lésion à la hanche; il y a un épanchement sanguin considérable, *entre le fémur et son périoste*. Plus loin, à propos de malades atteints d'hémorrhaphilie, nous trouvons cette assertion : « l'observation a montré que ces malades, qui sont connus sous le nom de *Bluters* sont très sujets à une forme spéciale de rhumatisme aveo épanchements sanguins dans les jointures. » Suivent les observations :

3° Diathèse hémorrhagique et rhumatisme héréditaire, par James. N. Hugues — obs. publiée dans les Arch. gén. de méd. octobre, 1833.

4° Diathèse hémorrhagique — histoire de a

famille Gamble — obs. publiée dans les Arch. gén. de méd. Juillet, 1835.

5° Diathèse hémorrhagique — histoire de la famille Smith, recueillie par John Otto, de Philadelphie — (Latour, histoire des causes prochaines de l'hémorrhagie.)

6° Observation remarquable d'hémorrhaphilie, par Du Bois de Neufchâtel, *in Gazette Médicale*, 1838, p. 43.

Dans ces quatre derniers cas, dont nous ne faisons que donner le titre, il s'agit d'individus atteints d'une diathèse hémorrhagique héréditaire ; chez tous, les hémorrhagies étaient précédées ou accompagnées de douleurs articulaires ; chez quelques-uns d'entre eux, l est noté expressément que ces douleurs résultaient d'épanchements sanguins dans les jointures, ainsi qu'en faisaient foi de larges ecchymoses périarticulaires qui apparaissaient au bout de quelques jours.

C'est sur ces observations que repose le mémoire de M. C. Paul, et il en tire cette conclusion inattendue qu'on doit reconnaître deux formes de rhumatisme hémorrhagique : l'une, rhumatisme à *forme hémorrhagique* proprement dite « dépend d'un vice personnel et héréditaire, ne donne lieu qu'à des hémorrhagies… » ; l'autre forme, rhumatisme à *forme scorbutique*, est celle à laquelle Sauvages assignait pour caractères « la mobilité des altérations articulaires, l'œdème de la face, les pétéchies, plus tard l'altération de l'urine et l'anasarque. »

Pour admettre l'existence du rhumatisme hémorrhagique, nous voudrions en trouver la preuve dans les

observations que l'on donne comme des exemples de cette affection ; or les cas de M. C. Paul sont loin d'entraîner la conviction ; car on n'y retrouve ni les circonstances étiologiques, ni les symptômes ni les lésions du rhumatisme. Qu'on relise les six observations du mémoire cité : les quatre dernières ne supportent même pas l'examen : il s'agit bien évidemment d'une diathèse hémorrhagique se transmettant à plusieurs générations successives. C'est d'ailleurs la manière de voir de l'auteur ; mais, dès lors, pourquoi donne-t-il le nom de *rhumatisme* aux douleurs articulaires résultant de la pluie sanguine qui se fait dans les articulations, comme elle se fait dans les autres cavités séreuses ou dans les parenchymes?

Les deux premières observations, celles que M. C. Paul propose d'intituler « *Rhumatisme scorbutique* », ne sont guère plus concluantes ; sont-ce des lésions rhumatismales que ces décollements périostiques qui sont relatés dans l'autopsie de la fille observée par MM. Rilliet et Barthez ? La néphrite est-elle une complication si ordinaire du rhumatisme qu'elle suffise à le caractériser, lorsque le diagnostic est incertain ? Et enfin, les douleurs articulaires constituent-elles un symptôme tellement caractéristique, qu'on soit en droit de considérer comme des affections rhumatismales toutes celles dans lesquelles on les rencontre ?

Evidemment non. Dans les observations de M. C. Paul, on voit des malades atteints de douleurs articulaires et d'hémorrhagies, celles-ci produisent celles-là ; mais il ne peut pas être question de douleurs rhumatismales,

ni de rhumatisme hémorrhagique. Ces mêmes douleurs articulaires sont fréquentes dans la maladie de Werlhoff, elles s'observent aussi bien souvent dans les premières périodes du scorbut ; est-ce une raison pour rayer le scorbut et la maladie de Werlhoff du cadre nosologique, et pour les incorporer au rhumatisme? Autant dire qu'on fera rentrer dans cette maladie l'infection purulente qui donne souvent lieu à des douleurs articulaires, lorsque les synoviales sont pleines de pus.

L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Cuffer, est un nouvel exemple d'une de ces maladies que M. C. Paul considère à tort, suivant nous, comme un rhumatisme hémorrhagique. Nous la reproduisons dans tous ses détails, parce qu'elle nous paraît apte à faire voir que si, dans ces cas, le diagnostic de rhumatisme est le seul possible dans les premiers jours, les accidents ultérieurs font bien vite reconnaître l'erreur que l'on a commise :

Obs. I (communiquée par le Dr Cuffer). — C..., 20 ans, employé. Entré le 5 mars 1877 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Mathieu, n° 54.

Pas de maladies dans son enfance, sujet aux amygdalites simples.

Il y a deux ans et demi, blessure de l'avant-bras droit, suivie d'une hémorrhagie très-considérable; cependant le malade s'est remis peu à peu.

Il y a huit jours, il a été pris de malaise, frissons, mal de tête, fièvre, suivis de mal de gorge. Il dit s'être surmené depuis quelque temps, et avoir eu de grandes émotions, de plus, il paraît travailler dans un endroit humide.

Le mal de gorge persista pendant trois jours, puis disparut; mais il fut remplacé par des douleurs dans le genou droit; le lendemain dans le genou gauche, puis dans les membres supérieurs.

Actuellement (5 mars), le malade a encore un peu de fièvre. P. 84. Il se plaint de vives douleurs, non plus dans les jointures, mais dans les masses musculaires des membres, surtout dans les muscles du bras gauche; on constate à ce niveau *un gonflement très-marqué* du bras gauche; la pression même modérée détermine de vives douleurs; pas de rougeur, pas de fluctuation.

Il ne semble rien y avoir dans les articulations; cependant, en arrière du coude gauche, existe une large ecchymose, autour de laquelle on trouve une éruption de taches rouges, arrondies, sans saillies, s'effaçant légèrement sous la pression du doigt, avec un léger cercle ecchymotique périphérique, et un peu d'empâtement sous-jacent : ce sont des taches de purpura; elles sont groupées de manière à former deux grands cercles concentriques.

Aux membres inférieurs, éruption généralisée de même nature.

Le malade n'a présenté d'hémorrhagies d'aucune sorte; il n'a pas d'affection cardiaque; la rate est normale.

Les gencives sont saines; cet homme ne paraît pas avoir de scorbut, malgré l'existence de certains symptômes de cette maladie.

Il n'y a rien sur le reste du corps; rien dans les poumons.

L'urine est d'une couleur normale, et ne contient pas d'albumine.

Le 6 mars. Fièvre cette nuit; insomnie; soif vive; épistaxis.

Le pouls est ample. P. 84.

Douleurs en arrière des épaules et dans l'articulation scapulo-humérale.

Ce matin, sueurs légères; l'éruption de purpura a pâli beaucoup; elle ne présente plus ce matin qu'une teinte ecchymotique.

Le dos de la main gauche est gonflé, rouge, douloureux.

Il y a dans son crachoir *deux crachats visqueux, un peu colorés;* à l'auscultation, on ne trouve rien, le malade n'a pas d'oppression; cependant, il se plaint de douleurs à la base de la poitrine, surtout à gauche.

Rien au cœur.

Traitement. — Sulfate de quinine, 0,60.

Le 7. P. 84. Courbature générale. Quelques malaises; constipation; pas d'oppression; le malade a eu quelques hoquets et se plaint de douleurs aux attaches du diaphragme; on ne trouve aucun signe à l'auscultation.

L'éruption a beaucoup pâli.

Le 8. P. 80. Nouvelle poussée de purpura sur le ventre; persistance du boquet; vomissements bilieux.

Les douleurs des membres ont diminué, mais le malade se plaint de coliques assez vives, sans diarrhée.

Pas de signes de péritonite, pas d'hémorrhagie.

Pas d'ictère; insomnie persistante.

Urine normale.

Traitement. — Ipéca, 1 gramme.

Le 9. P. 80. T. 37°. Pas de vomissements ni d'oppression; douleurs abdominales, sans signes de péritonite.

Traitement. — Deux injections de chlorhydrate de morphine.

Le soir. Les douleurs siégent surtout au niveau de l'hypochondre gauche. Hoquets.

Le 10. P. 72. T. 38°. Entérorrhagie abondante; affaiblissement assez marqué; pas de hoquets, pas de vomissements; le ventre n'est pas ballonné, et on le trouve un peu moins douloureux à la pression.

La langue est un peu sèche.

Nouvelle poussée de purpura aux deux pieds.

Pas d'antre hémorrhagie.

Traitement. — Glace. Potion de Todd. Deux injections de morphine.

Examen du sang. — Globules blans en très-grande quantité. Globules rouges pâles.

Le 11. P. 84. T. 37°. Le malade a rendu hier encore un peu de sang dans les selles. Epistaxis très-légère. Les gencives sont saines; il y a eu un peu de sommeil: le ventre est moins douloureux; pas de hoquets, pas de vomissements.

Traitement. — Potion de Todd. Deux injections de morphine.

Le soir. T. 37°,7.

Le 12. Diarrhée. Un peu de sang dans les selles; pas de vomissements; le ventre est moins douloureux, un peu ballonné. P. 30. T. 37°,5.

Traitement. — Décoction de quinquina. Potion de Todd. Une injection de morphine.

Le soir. T. 37°,8. Le malade a eu un frisson dans la journée.

Le 13. Diarrhée persistante, *avec grande quantité de sang.* P. 80. T. 37°,6.

Le malade semble avoir un accès de fièvre tous les jours. Sulfate de quinine, 0,40.

Le soir. T. 37°,3.

Le 14. P. 88. Sulfate de quinine, 0,60,

Le 19. Depuis plusieurs jours il s'est produit une amélioration sensible.

Le 20. Le malade se trouve un peu moins bien; cependant on ne constate aucun nouvel accident.

Le 23. Un peu d'œdème des membres inférieurs; l'urine est très-albumineuse; l'état général paraît bon.

Le 27. Persistance de l'albuminurie; maux de reins. Quelques troubles de la vue; surdité légère à droite, avec douleurs de côté. Un peu de céphalalgie; œdème du scrotum; pas de vomissements.

L'urine, examinée au microscope, contient des tubes granuleux et granulo-graisseux.

Traitement. — Acide tannique, 0,50. Régime lacté.

Le 29. Même état. Mêmes douleurs de reins. Pas de mal de tête; un peu moins de surdité.

Le 30. Bouffissure de la face; pas de troubles de la vue.

Le 31. Hématurie. Nouvelles douleurs musculaires; on constate une légère poussée de purpura sur les jambes.

Traitement. — 10 ventouses scarifiées sur les reins. Bain de vapeur.

Le 1er avril. L'état général est un peu meilleur. Œdème du scrotum. Un peu de mal de reins et de céphalalgie. Léger épanchement pleural du côté gauche.

Le 2. Matité aux deux bases de la poitrine, en arrière, surtout à gauche. Absence de murmure vésiculaire; souffle voilé; ægophonie.

Un peu d'ascite. Oppression très-modérée; pas de nouvelle hémorrhagie.

On ne trouve plus de tubes dans l'urine; mais elle contient un grand nombre de globules sanguins et beaucoup d'albumine.

Traitement — Infusion de jaborandi, 4 grammes.

3 Avril. Le malade a eu des sueurs abondantes et a beaucoup craché mais a moins uriné. Œdème des jambes et du scrotum; même épanchement pleural double; à gauche, le souffle remonte jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Le 5. Transpiration assez abondante. L'épanchement pleural persiste à la même hauteur; l'ascite est un peu plus marquée. Même œdème des jambes.

Traitement. — Jaborandi, 4 grammes.

Le 6. Un bain de vapeur.

Le 9. La face est bouffie; l'épanchement pleural a diminué. Il existe encore un peu de maux de reins; mais il ne s'est pas reproduit d'hémorrhagies, l'état général ne s'aggrave pas.

L'urine contient encore une très-grande quantité d'albumine et des cylindres colloïdes et granuleux.

Traitement. — Bains de vapeur. Infusion de jaborandi, 4 grammes.

Le 15. Il y a un peu d'hématurie à la fin de la miction. Très-peu de liquide reste dans les plèvres.

Le 23. Le malade a quitté l'hôpital ce matin, ne présentant plus d'œdème; un peu d'épanchement pleural dans le côté gauche.

Les urines contiennent encore quelques globules sanguins, une notable quantité d'albumine et un grand nombre de tubes granulo-graisseux.

Voici donc une maladie qui a présenté, dans sa marche, trois périodes assez distinctes: 1re période: angine et douleurs articulaires multiples; 2e période: hémorrhagies diverses, purpura, épistaxis, hémoptysie, entérorrhagie, hématurie; 3e période : albuminurie et anasarque. — Tous ces accidents ont évolué chez un individu qui ne présentait pas d'antécédents rhumatismaux personnels ou héréditaires; ils ne se sont pas accompagnés de ces localisations viscérales qui sont si fréquentes dans le rhumatisme, et qui, dans les cas douteux, en sont comme la signature; enfin, l'examen microscopique a fait voir qu'il existait une altération du sang que l'on ne retrouve pas dans cette maladie. Qui donc, après cela, oserait donner à cette observation le titre de rhumatisme hémorrhagique?

Dans une note lue à la Société des sciences médi-

cales de Lyon, M. le Dr Perroud rapporte trois observations qu'il considère aussi comme des cas de rhumatisme hémorrhagique. Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer le texte de ces observations, mais voici ce que nous trouvons à ce propos dans les Archives de médecine (1) : « .... Chez deux des malades cités, l'hémorrhagie s'est produite, comme cela est le plus ordinaire, sous forme de petites taches pétéchiales, envahissant d'abord les membres et plus tard le tronc ; chez le troisième,... c'étaient de larges plaques ecchymotiques, sur lesquelles sont survenues des phlyctènes et qui ont été le siége d'une gangrène superficielle du derme avec production d'eschares sèches et parcheminées ; ces eschares ont été éliminées, laissant des plaies qui se cicatrisèrent rapidement.

« Dans un cas, il paraît s'être produit une hémorrhagie intra-articulaire, caractérisée par l'engorgement de plusieurs articulations, auquel succédèrent de larges teintes ecchymotiques.

« Aux symptômes du rhumatisme articulaire et du purpura se sont ajoutées, d'une part, une albuminurie avec anasarque dans les trois cas, une hématurie dans deux cas ; d'autre part, dans un cas, des hémorrhagies par la conjonctive, par la pituitaire et par la muqueuse buccale. Dans ce dernier cas, le plus grave et le plus complet de tous, survinrent des accidents cérébraux à forme épileptique et comateuse et une amaurose, phé-

(1) Compte rendu d'une note sur le rhum. hémorrhagique par le Dr Perroud. Arch. gén. de méd. 1867, 6e série, t. X, p. 752.

nomènes d'ailleurs passagers, d'une durée de quatre ou cinq jours, que M. Perroud considère comme des accidents dits urémiques, liés à l'albuminurie.»

Ces trois observations, si nous nous en rapportons au compte-rendu que nous venons de transcrire, ne sont pas do nature à modifier notre impression première, et nous nous croyons en droit de conclure de tout ce qui précède que la dénomination de rhumatisme hémorrhagique est vicieuse, de quelque façon qu'on veuille le considérer.

Elle est vicieuse si on veut ne l'appliquer qu'au symptôme arthralgie, parce qu'elle semble établir une certaine analogie, sinon une parfaite identité de nature entre des maladies qui diffèrent essentiellemeot.

Elle est encore plus vicieuse, si par elle on veut entendre qu'il existe un véritable rhumatisme à tendance hémorrhagique, comme il y a une rougeole ou une variole hémorrhagique, parce qu'il n'existe pas une seule observation, à notre connaissance, qui autorise à en admettre l'existence.

Est-ce à dire qu'il ne se produit jamais d'hémorrhagies dans le cours du rhumatisme articulaire? Les recherches que nous avons faites à ce sujet dans les autenrs classiques nous porteraient a répondre affirmativement; il n'en est pas fait mention dans le Traité de pathologie interne de Grisolle, ni dans celui de M. Jaccoud, MM. Béhier et Hardy n'en parlent pas; Monneret ne fait que les signaler comme étaot des accidents très-rares; enfin, il n'en est même pas question dans le remarquable article inséré par M. Besnier dans le Dic-

tionnaire des sciences médicales ; cependant il est deux sortes d'hémorrhagies qui, sans être trop fréquentes, sont loin cependant de constituer des phénomènes anormaux : ce sont les épistaxis et le purpura.

Nous traiterons plus loin du purpura rhumatismal ; quant à l'épistaxis, il résulte des recherches de Tresfort (1) qu'elle constitue un *accident fréquent* dans la maladie qui nous occupe.

Cette hémorrhagie peut bien, par son abondance, ajouter à l'anémie qui est la conséquence habituelle du rhumatisme, et, par là, elle est quelquefois un symptôme fâcheux, mais « fréquemment elle coïncide avec une rémission notable dans les symptômes; dans ces cas, si elle n'abrége pas la maladie, elle diminue du moins les souffrances du malade, et, à ce titre, par conséquent, elle mérite d'être regardée comme un phénomène heureux. »

En d'autres termes, les épistaxis qui surviennent dans le rhumatisme sont le plus souvent des phénomènes critiques et ne donnent point le droit d'ajouter à la maladie l'épithète « hémorrhagique » qui implique d'habitude un pronostic des plus graves.

DU PURPURA RHUMATISMAL.

L'existence du purpura rhumatismal n'est plus à

(1) Tresfort, De l'épistaxis dans ses rapports avec le rhumatisme. Th. Paris, 1875.

défendre. Reconnue par les auteurs du siècle dernier qui eurent le tort de la confondre, sous le nom de rhumatisme scorbutique, avec des affections qui n'ont avec elle qu'une grossière analogie, et dont nous avons pris soin de la séparer dans le précédent chapitre, décrite par Schœnlein sous le nom de peliose rhumatismale, cette forme spéciale, cette détermination cutanée du rhumatisme est admise aujourd'hui par presque tous les médecins français.

Nous ne voulons pas ici en faire l'historique; cette partie de la question a été complétement traitée dans la thèse inaugurale de M. Ferrand (1), et, à un point de vue plus particulier, dans la thèse de M. Léger (2).

En relisant le remarquable article de M. Besnier (3), nous avons été surpris de voir que ce savant médecin ne paraît point complétement convaincu de l'existence du purpura rhumatismal, ou du moins de la justesse de cette dénomination; voici d'ailleurs les quelques lignes qu'il consacre à ce sujet; nous les reproduisons fidèlement pour ne point nous exposer à exagérer ou à dénaturer sa pensée : « sauf quelques circonstances tout à fait exceptionnelles, le purpura du rhumatisme articulaire aigu franc est un purpura simplex, de forme exanthématique, un pseudo-exanthème purpurique, plutôt qu'un pourpre hémorrhagique proprement dit ou

(1) Ferrand, Des exanthèmes du rhumatisme. Thèse de Paris, 1862.
(2) Léger, Du purpura rhumatismal. Th. Paris 1867.
(3) Besnier. Art. Rhumatisme, in Dict. encycl. de sc. mé., 3e série, t. IV, p. 612.

cachectique... Il coïncide si fréquemment aveo des cas légers que l'arthro-rhumatisme vrai y est souvent contestable et que l'observation intitulée : « rhumatisme avec purpura » gagnerait souvent à être appelée : purpura avec rhumatisme ou avec arthropathies.

Lisez la plupart des relations les plus récentes et les plus complètes, et vous verrez combien les faits alors observés diffèrent en réalité du rhumatisme articulaire aigu, combien les localisations articulaires y sont frustes, erratiques, contestables, non pas absolument, mais relativement et très-ordinairement secondaires... Nous ne contestons en aucune manière les faits publiés, mais nous considérons qu'ils n'ont pas été tous placés dans leur véritable rang et qu'il y a abus à rattacher à l'arthro-rhumatisme primitif une affection, rbumatismale d'ailleurs, parce qu'elle présente, dans son cours, quelque localisation articulaire qui lui est alors manifestement secondaire. »

Si l'auteur de la page qui précède n'a eu d'autre idée que de combattre une tendance à l'exagération, nous sommes pleinement de son avis ; car, après de nombreuses lectures, nous avons acquis cette conviction que, parmi les observations publiées de purpura rhumatismal, il serait nécessaire de faire un triage minutieux qui en diminuerait de beaucoup le nombre ; si c'est, au contraire, que M. Besnier émette des doutes sur la réalité de l'existence de cette affection, nous devons déclarer que nous sommes d'un avis contraire, et, de fait, quelques-unes des observations que nous rapportons, sinon toutes, sont d'une telle netteté

qu'elles nous paraissent devoir entraîner la conviction.

Et, d'abord, est-il nécessaire, pour qu'on soit autorisé à dire que telle ou telle affection est de nature rhumatismale, que cette affection se développe au milieu de tous les symptômes de rhumatisme articulaire aigu? S'il en était ainsi, le champ des affections que tout le monde s'accorde à considérer comme rhumatismales serait considérablement restreint. Pour nous, il nous semble que le diagnostic étiologique peut souvent trouver une base suffisante dans un ensemble de considérations étrangères à l'état actuel du malade, et qu'il n'est pas besoin de constater les arthropathies pour dire que toute autre détermination est sous la dépendance directe de la cause diathésique.

D'ailleurs, nous ne devons pas oublier que les arthropathies sont loin d'être caractéristiques, alors même qu'elles s'accompagnent de fièvre et de sueurs, alors même qu'elles se présentent avec ce caractère de mobilité qui semble être le propre des rhumatismes. Nous les avons retrouvées dans ces affections que l'on a rangées sous le nom de rhumatisme hémorrhagique, et dont nous avons fait justice dans le précédent chapitre. Nous les retrouverions encore ailleurs. Elles ne peuvent donc pas servir de critérium.

Mais, quand nous voyons des individus qui sont fils de rhumatisants, qui ont eu eux-mêmes précédemment une ou plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire, qui ont présenté, dans le cours de leur vie, quelqu'une des manifestations viscérales de cette maladie, quand nous voyons ces individus atteints d'une éruption cuta-

née, ne sommes-nous pas en droit, surtout en l'absence de toute autre cause locale ou générale, d'affirmer la nature rhumatismale de cette éruption. Or, c'est précisément ce que nous retrouvons dans nos observations. Qu'il nous soit permis de les analyser brièvement à ce point de vue, sans parler des douleurs articulaires ou musculaires coexistant avec les taches purpuriques, et qui sont mentionnées dans tous les cas.

Dans l'observation II, il s'agit d'un jeune homme qui est scrofuleux mais qui est issu de père et de mère rhumatisants; quelques jours avant le début de l'éruption il est pris d'un rhumatisme multiarticulaire, et à son entrée dans le service, il a encore une hydarthrose du genou droit.

L'observation III est celle d'une jeune fille de 19 ans, qui était sujette à des douleurs vagues dans les membres. Pendant son séjour à l'hôpital, elle contracte une endocardite.

L'homme qui fait l'objet de la 4[me] observation « était sujet de temps en temps à des douleurs rhumatismales.

La 5[me] observation est la moins nette de toutes, bien qu'il s'agisse d'une malade née de mère rhumatisante. Nous l'avons acceptée cependant comme un exemple de purpura rhumatismal, à cause de l'analogie qu'elle présente au point de vue de l'évolution de la maladie, avec celles qui précèdent et celles qui suivent.

Dans l'observation VI, il s'agit d'un homme qui a souffert à plusieurs reprises de douleurs rhumatismales, et qui, pendant qu'on le soigne à l'hôpital pour ses dou-

leurs articulaires et son éruption pétéchiale, contracte uno endocardite.

Le septième cas enfin, bien qu'il n'y soit fait qu'une mention insuffisante des antécédents héréditaires et personnels, nous paraît tout à fait probant, à cause des accidents que l'on y a observés conjoiotement avec le purpura, à savoir les œdèmes aigus et les nodosités éphémères du tissu cellulaire sous-cutané, sur la valeur desquels M. Davaine vient, dans un travail récent, d'attirer l'attention (1).

Nous aurions pu reproduire un certain nombre d'autres cas; mais cela n'eût fait qu'allonger inutilement notre travail; si l'on veut un surcroît de preuves, on peut se reporter aux six observations de la thèse de Léger, et aux observations I et IV de la thèse de Davaine.

L'existence du purpura rhumatismal peut donc être considérée comme incontestable, et, à vrai dire, nous ne trouvons là rien de plus extraordinaire que dans les autros modifications cutanées du rhumatisme. « Sans vouloir mettre en avant aucune hypothèse hasardée, dit M. Blachez (2), on peut, ce me semble, considérer le purpura, dans le rhumatisme, comme un phénomène de même ordre que les exanthèmes, et placé sous la dépendance de la maladie principale. Au lieu d'une simple congestion qui caractérise la roséole, l'urticaire,

(1) Davaine (Alph.). Contributions à l'étude du rhumatisme. Thèse de Paris, 1879.
(2) Blachez. Du purpura rhumatismal. Gaz. hebd., 1865.

l'érythème, nous trouvons ici une hémorrhagie capillaire dont il serait peut-être aussi difficile de trouver la cause dans un état particulier des vaisseaux que dans la crase du liquide sanguin. »

ETIOLOGIE

En outre de la prédisposition acquise ou innée, en tout cas inhérente au sujet, qui est créée par la diathèse rhumatismale, il est un certain nombre de causes qui paraissent agir d'une façon secondaire dans la production du purpura. Sur nos sept observations, nous trouvons comme antécédents pathologiques deux fois la scrofule (obs. II et V), une fois la syphilis (obs. III). Ces chiffres sont évidemment insuffisants pour qu'on en puisse tirer des conclusions absolues, mais il ne nous répugnerait point d'admettre que l'association de ces diathèses qui toutes semblent avoir une prédilection pour les manifestations cutanées, eût été pour quelque chose dans cette localisation du rhumatisme.

La misère, la mauvaise nourriture, le logement insalubre, les privations de toutes sortes, doivent figurer aussi au nombre des causes prédisposantes; mais c'est là une étiologie banale qu'il n'est que trop facile de retrouver chez les malades qui fréquentent les hôpitaux, et il serait assez difficile de dire l'importance qu'on peut lui accorder dans l'espèce. Plusieurs de nos malades étaient précisément des sujets vigoureux, bien consti-

tués, et qui ne paraissaient point avoir trop souffert d'une hygiène vicieuse.

Nous en dirons tout autant de la tendance naturelle aux hémorrhagies qui est mentionnée dans presque toutes les observations, et qui est peut-être plus contestable que celle qu'ont la plupart des médecins à considérer comme hémophiles tous les malades qui, pour une cause ou pour une autre, présentent une hémorrhagie un peu considérable. Dans certains cas on a été assez heureux pour retrouver dans les antécédents quelques épistaxis; ici, ce sont les règles qui durent huit à neuf jours! là c'est une grosse perte de sang qui suit une extraction dentaire!! Nous-même, nous avons vu que le malade dont nous avons recueilli l'observation avait eu un jour une abondante hémorrhagie; mais c'était à propos d'une coupure au doigt, et nous avons pu constater une cicatrice qui témoignait suffisamment de l'importance de la plaie.

En somme le rôle de l'hémophilie dans la production de la forme pétéchiale du rhumatisme est des plus problématiques et le nombre des cas où cette complication n'est pas mentionnée est assez considérable, pour qu'on ait le droit, en tout cas, de ne lui accorder qu'une importance secondaire.

Quant aux causes déterminantes, elles ne diffèrent pas, semble-t-il, de celles qui président à l'éclosion des autres accidents rhumatismaux; presque toujours on a constaté l'influence du froid humide. On pourrait peut-être faire jouer un certain rôle à la marche forcée, à la fatigue, aux efforts musculaires; notre malade (Obs. II)

présentait une nouvelle poussée de purpura, chaque fois qu'il descendait dans la cours de l'hôpital où il se promenait pendant quelques heures ; il est vrai que, pendant tout le mois qu'il est resté à l'hôpital, des pluies presque continuelles entretenaient une grande humidité, de sorte que nous ne savons pas la part qui peut revenir à l'une ou à l'autre de ces deux causes dans la production de l'éruption cutanée.

SYMPTÔMES — MARCHE — DIAGNOSTIC.

Sous le rapport de la forme, le purpura rhumatismal ne diffère pas des autres variétés de purpura. Il est constitué par des pétéchies, c'est-à-dire par des taches hémorrhagiques dont le caractère principal est de ne point disparaître sous la pression du doigt. Ceci le distingue suffisamment de l'érythème qui n'est produit que par une congestion circonscrite de la peau.

Ces taches sont ordinairement circulaires ou ovales, et elles présentent le volume d'une tête d'épingle ; mais quelquefois, et ceci s'observe principalement dans les endroits où une peau fine repose sur un tissu cellulaire peu serré, elles peuvent atteindre des dimensions beaucoup plus considérables, et leur forme est alors irrégulière; c'est ce que nous avons vu sur la verge et au scrotum.

Leur couleur est rouge foncé ou lie de vin, le jour où elles se sont produites ; le lendemain elles sont bleues ou violettes ; le surlendemain jaunâtres ; trois jours

après leur spparition elles sont d'un jaune pâle, et enfin le quatrième jour, il n'en reste presque plus de trace. Elles suivent, en d'autre termes, la marche ordinaire des ecchymoses.

Ces taches ne produisent habituellement aucun relief sur la peau ; cependant la chose a été notée dans certains ca;s voici, par exemple, ce que nous trouvons dans l'observation I de la thèse de Davaine: « Sur l'abdomen, la partie supérieure des cuisses, les fesses, la région lombaire, on trouve un grand nombre do petites taches d'un rouge sombre, de quelques millimètres de diamètre, *faisant une légère saillie appréciable au doigt*, ne disparaissant pas par la pression, ne s'accompagnant d'aucune sensation prurigineuse. »

D'autres fois on observe des saillies, mais qui n'appartiennent point en propre au purpura ; dans l'observation de M. Fernet, reproduite dans la thèse de Léger, « il se fait plusieurs éruptions, d'abord sur les cuisses et sur les bras, puis sur la partie postérieure du tronc : les éléments de l'éruption ressemblent à *des plaques d'urticaire* dont le centre serait occupé par une tache de purpura ». Nous reviendrons plus loin sur cette coïncidence du pétéchies avec d'autres éruptions cutanées.

L'abondance de l'éruption est éminemment variable; constituée dans certains cas par quelques taches isolées et séparées les unes des autres par des intervalles considérables, elle se produit ailleurs avec une remarquable confluence ; la question de siége est plus intéressante, et, à défaut d'autres signes, peut être de quelque importance dans le diagnostic. Dans les quelques cas de

purpura que nous avons vus se développer chez des individus cachectiques, l'éruption ne siégeait guère que sur la partie antérieure de la poitrine, sur le ventre, et dans la moitié inférieure des jambes, principalement sur leur face antérieure ; le purpura rhumatismal présente une circonscription bien différente ; et cette particularité n'a pas échappé à M. Laget. Il est rare qu'on l'observe en dehors des membres, ou, lorsqu'il se produit à la face, on sur le tronc, il ne s'y présente que sous une forme extrêmement discrète. Aux membres, on l'a noté quelquefois tout autour des jointures ; mais il résulte de la lecture de plusieurs observations qu'il a plutôt une tendance à respecter les régions articulaires et à frapper de préférence la peau qui recouvre la masse des muscles. En somme, les endroits où nous l'avons vu le plus confluent sont les régions antéro-interne de la cuisse et postéro-externe de la jambe, la face postérieure de l'avant-bras et du bras. La poussée éruptive est quelquefois précédée ou accompagnée de demangeaisons très-vives ; mais dans d'autres cas, et nous croyons que c'est le plus grand nombre, aucune sensation prurigineuse n'est ressentie par le malade.

Quant au rapport qui existe entre l'apparition du purpura et les arthropathies rhumatismales, il n'est guère possible d'émettre à ce sujet une loi absolue ; cependant, dans la majorité des cas, les douleurs précèdent l'éruption de plusieurs jours, et souvent même elles cessent complétement lorsque celle-ci se montre, comme pour justifier l'opinion de certains médecins qui considèrent l'hémorrhagie cutanée comme un phéno-

mène critique. Or, il nous semble que cette manière d'envisager le purpura est vicieuse. Il représente à nos yeux une véritable détermination rhumatismale au même titre que l'arthropathie, et il n'est pas plus un phénomène critique que ne l'est, par exemple, l'endocardite, dont la production est assez souvent accompagnée d'une remarquable détente dans les phénomènes articulaires. Ce qui le prouve, c'est que lorsque les arthropathies ont disparu, la maladie est loin d'être *jugée* pour cela, puisque l'éruption pétéchiale continue à évoluer pour son compte et par poussés successives pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines.

Un symptôme très-important, presque constant et sur lequel cependant nous n'avons pas vu qu'on insistât suffisamment dans les ouvrages que nous avons consultés, c'est la myalgie. Les douleurs musculaires sont notées dans presque toutes les observations, et notre malade, en particulier, les présentait d'une façon très-nette; à chaque poussée purpurique, il ressentait dans les membres une sensation de brisement et de fatigue des plus pénibles, et la pression modérée des masses musculaires éveillait une vive douleur.

La marche du purpura rhumatismal est un des traits les plus caractéristiques de son histoire, et on ne peut s'empêcher d'établir une comparaison entre l'évolution de cette éruption cutanée et celle des athropathies. Qu'observe-t-on, en effet, dans le rhumatisme articulaire aigu? Deux, trois ou quatre jointures sont atteintes de douleurs successivement; elles restent malades pendant deux ou trois jours, puis survient une rémission

qui dure quelques heures, au bout desquelles trois ou quatre autres articulations, sinon les mêmes, deviennent le siége des douleurs. Une nouvelle détente est suivie d'une nouvelle reprise, et cela se continue tant que dure la fièvre. A part ce dernier symptôme, la fièvre, qui n'existe pas habituellement, le purpura rhumatismal suit exactement la même marche et présente, pour ainsi dire, les même saccades. Il procède par poussées successives qui s'échelonuent et qui, quelquefois, empiètent les unes sur les autres, si bien qu'il est possible d'observer sur le même malade et sur le même segment d'un membre tous les degrés de l'ecchymose. Ces poussées hémorrhagiques se succèdent en nombre variable pendant plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois; mais le point important à noter, c'est que, de toutes les observations que nous avons lues, il n'en est pas une où elles ne se soient rencontrées en nombre plus ou moins considérable.

Les taches purpuriques se montrent très-souvent isolées, en tant qu'éruption cutanée, mais il n'est pas rare non plus de rencontrer avec elles tous les exanthèmes qui s'observent si souvent dans le rhumatisme. Le malade de notre observation II nous a présenté des taches d'érythème papuleux mêlées aux pétéchies. Celui de M. Fernet avait en même temps de l'urticaire; on en trouve d'autres exemples dans les observations XIII et XXI de la thèse de M. Ferrand. Nous ne voulons pas insister sur ces cas, nous contentant de faire remarquer que lorsque ces coïncidences existent, le diagnostic n'en acquiert que plus de certitude; mais il nous paraît in-

téressant de transcrire ici ce passage d'un ouvrage dont nous avons parlé (1) : « Les poussées d'œdème aigu, dit M. Davaine, paraissent appartenir en propre à la forme rhumatismale du purpura exanthématique. C'est, du moins, ce qui résulte de l'examen des faits publiés par Laget dans sa thèse inaugurale (2). Ces faits sont au nombre de quinze ; l'œdème aigu est mentionné quatre fois et toujours dans des cas de purpura rhumatismal. Dans dix observations où il n'existait aucune raison pour rattacher au rhumatisme le purpura exanthématique, l'œdème aigu ne s'est pas montré une seule fois. . . . . En résumé, l'œdème aigu qui s'observe dans le cours de certains purpuras à forme exanthématique paraît être, comme l'éruption elle-même, sous la dépendance immédiate du rhumatisme. Si l'on admet comme démontrée l'existence d'un œdème rhumatismal essentiel, les poussées œdémateuses peuvent être invoquées, au même titre que les symptômes fébriles et articulaires bien nets, en faveur de la nature rhumatismale de certains purpuras exanthématiques. »

Il va sans dire que dans les cas fébriles de purpura rhumatismal le malade reste exposé aux autres localisations de la diathèse et particulièrement aux accidents viscéraux ; on trouve dans nos observations deux exemples d'endocardite et un de pleuro-pneumonie ; les angines y sont très-fréquentes ; mais nous n'avons pas à

(1) Davaine. Loco citato.

(2) Laget. Etude sur le purpura simplex à forme exanthématique. Th. Paris 1875.

nous appesantir sur ces faits, qui n'ont d'autre rapport avec le purpura que le lien commun qui les rattache au rhumatisme.

PRONOSTIC et TRAITEMENT

Le pronostic du purpura rhumatismal ne comporte, dans les cas ordinaires, aucune sorte de gravité; c'est ce qu'avait déjà observé Joseph Frank, cité par M. Léger : « Dans les fièvres rhumatismales, dit-il, les taches pétéchiales n'ont pas un pronostic grave. » Les poussées purpuriques qui se succèdent, et les douleurs qui les accompagnent, nécessitent le repos absolu et entraînent par conséquent une suspension du travail qui doit entrer en ligne de compte dans les considérations pronostiques; mais, en somme, nous ne voyons pas un seul cas de purpura rhumatismal proprement dit, où la vie ait été en danger. Il existe une observation du D[r] Neucourt (1), dans laquelle le développement d'un rhumatisme cérébral, au cours d'une éruption de purpura, fit craindre un instant pour les jours du malade; mais il résulte de la discussion qui se livra à la Société médicale des hôpitaux, après la lecture de cette observation, qu'il ne s'agissait ni d'un purpura rhumatismal, ni d'un rhumatisme cérébral. « M. Gubler pense que le fait complexe dont il s'agit se rapproche moins des

(1) Neucourt, de Verdun, Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux, 1857 p. 285 et suivantes.

affections rhumatismales que de ces diathèses caractérisées par l'état dissous du sang, connues sous les noms de scorbut ou de purpura. »

De son côté, M. Sée « croit que l'observation de M. Neucourt n'est pas une observation de rhumatisme cérébral ; en effet le malade a eu du purpura, et tout le monde sait que, dans le purpura et le scorbut, les douleurs articulaires avec gonflement sont communes ; c'est donc déjà un phénomène insuffisant pour caractériser le rhumatisme, mais en outre, la douleur est restée fixée dans une seule articulation, et c'est ce que l'on observe rarement dans le rhumatisme articulaire aigu. »

Nous n'avons pas beaucoup de choses à dire du traitement du purpura rhumatismal. Dans presque tous el cas on a employé tour à tour les principaux médicament recommandés contre les hémorrhagies, limonade citrique, eau de Rabel, perchlorure de fer, et nous n'avons pas vu qu'on eût obtenu de ces diverses préparations des résultats satisfaisants. Sur le malade que nous avons observé, nous avons eu l'idée de pratiquer une injection sous-cutanée de la solution d'Yvon, contenant 1 gramme d'ergot de seigle, et le lendemain, une nouvelle poussée de pétéchies est venue nous montrer l'inefficacité de ce moyen.

En somme, ce qui nous paraît préférable, c'est de condamner le malade au repos absolu, et de le soumettre à la médication tonique, associée avec une bonne alimentation. Si l'on n'arrête pas ainsi l'hémorrhagie,

on essaye au moins de remédier à l'affaiblissement qui peut en résulter.

Obs. II. (Personnelle).—Ferg. (Jean), 23 ans, employé de commerce, entré le 16 mai 1879 à l'hôpital de la Pitié, service de M. Dumontpallier, salle Saint-Raphaël, n° 19.

Fils de père et de mère rhumatisants. Son père est atteint de rhumatisme chronique et a les doigts déformés ; sa mère a eu, il y a quelques années, un rhumatisme articulaire aigu qui a duré plusieurs semaines. Ses frères et sœurs ne sont pas sujets aux douleurs articulaires.

Personnellement, il n'a jamais eu de maladie grave ; dans son enfance il eut des glandes sous le cou. A l'âge de cinq ou six ans, il a eu une affection douloureuse du coude droit, qui a duré trois ou quatre ans, qui a longuement suppuré, et qui s'est terminée par une ankylose

Il saignait quelquefois du nez, mais d'une façon insignifiante. Un jour, à propos d'une coupure au pouce, il a perdu beaucoup de sang ; on voit encore en cet endroit une cicatrice assez considérable.

Il y a dix ans environ, écoulement uréthral, guéri en quelques jours par des injections; jamais de chancres ni d'accidemts vénériens d'aucune espèce.

Il est sujet à des engelures tous les ans.

Il y a un mois et demi, il lui vint sous le cou une glande qui se mit à suppurer un mois après. Cinq ou six jours après l'apparition de cette glande, douleurs dans le genou droit, sans gonflement ni rougeur; frictions à l'alcool camphré. Au bout de deux ou trois jours, disparition à peu près complète de la douleur du genou droit et passage au genou gauche. Nouvelles frictions.

A partir de ce moment, douleurs irrégulières dans les mollets, dans les cuisses, dans les genoux, douleurs assez vives pour empêcher le travail, mais disparaissant spontanément après un jour de repos.

C'est sur ces entrefaites qu'il vit apparaître, pour la première fois, des taches rouges sur les endroits douloureux, c'est-à-dire particulièrement sur les mollets et sur les cuisses.

Il y avait quinze jours qu'il souffrait dans les jambes, lorsqu'il ressentit les premières douleurs dans les membres supérieurs ; pres-

qu'aussitôt après apparaissent des taches sur les parties postérieures des avant-bras.

Ces taches rouges duraient deux ou trois jours, puis disparaissaient pour se montrer de nouveau à l'occasion de la moindre fatigue ou lorsque le malade s'exposait à l'humidité.

Il ne s'est soumis jusqu'ici à aucune espèce de traitement.

Etat actuel, 16 mai 1879. — Garçon de taille moyenne, bien constitué, de bonne mine. Au cou, plusieurs cicatrices ganglionnaires datant de l'enfance; et au milieu d'elles, un petit trajet fistuleux, récent, qui laisse suinter un peu de sérosité louche.

Douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs. Les articulations sont peu douloureuses; cependant le genou gauche est sensible à la pression dans les deux articulations tibio-tarsiennes. Mais c'est surtout la pression des masses musculaires des mollets et des cuisses qui produit de la douleur.

Taches de purpura très-confluentes sur les membres inférieurs; aux cuisses du côté de l'extension; aux jambes sur la face postéro-externe.

Sur la verge et sur le scrotum, on voit de plus grandes taches de forme irrégulière, de coloration vineuse.

Aux membres supérieurs, la face postérieure des avant-bras et des bras est couverte de taches de purpura. Douleurs vagues dans le coude gauche et dans les deux épaules.

Rien dans la gorge.

Pas d'autres hémorrhagies, ni épistaxis, ni hématémèse, ni hématurie; l'urine est de couleur normale et ne contient pas d'albumine.

Rien au cœur, rien aux poumons. Bon appétit, langue normale, le malade va régulièrement à la selle.

Traitement. — Limonade citrique.

Sulfate de quinine, 0,50,

Le 18. L'éruption purpurique a presque complètement disparu; il ne reste plus aujourd'hui que des taches jaunâtres, ecchymotiques, dont quelques-unes assez difficile à apercevoir. Cependant, sur le dos du pied, il s'est fait une nouvelle éruption d'une quinzaine de petites taches d'un rouge vif.

Le 22. Le malade a essayé de se promener dans la cour (temps humide). Les douleurs sont revenues peu intense, et en même temps, il s'est produit une nouvelle éruption de purpura. A la partie inférieure des jambes et sur le dos du pied, on voit au milieu des taches de pur-

pura quelques taches rosées, érythémateuses, de même dimensions que les autres, s'effaçant complètement à la pression.

On continue le même traitement.

Les jours suivant, effacement graduel et disparition à peu près complète des tâches.

Le 24. Le malade ayant éprouvé des bourdonnements d'oreilles et du vertige, on suspend l'usage du sulfate de quinine.

Le 25. Nouvelle éruption de taches rouges très-confluentes sur la face interne des cuisses et des mollets. Le malade est sorti hier, et s'est promené toute la journée dans la cour; peu de douleurs. On voit au milieu, des taches purpuriques nouvelles, des taches plus pâles, presque effacées, qui appartiennent à la poussée précédente. Les régions articulaires sont absolument respectées par l'éruption.

Le 17. L'éruption des membres inférieurs pâlit ; mais on voit une petite poussée sur la face postérieure des deux avant-bras.

Le 28. Les membres inférieurs sont de nouveau couverts de taches de nuances différentes, et de couleur décroissante; quelques-unes, d'un rouge foncé, datent de ce matin; on fait, sur la cuisse droite, une injection hypodermique de 1 gramme de la solution d'ergot d'Yvon.

Le 31. Nouvelle poussée de purpura sur la face antéro-interne des cuisses et des jambes, sur la face postérieure des bras et des avant-bras. L'éruption n'est pas accompagnée de douleurs vives; simple sensation de fatigue dans les deux genoux; le malade s'était promené la veille dans la cour de l'hôpital.

Le 2 juin. L'éruption a pâli sur les cuisses et sur les membres supérieurs; mais sur la partie autéro-externe des jambes on voit des taches rouges récentes; il y en a aussi quelques-unes sur le fourreau de la verge.

Les jours suivants, les tâches purpuriques disparaissent progressivement et ne se reproduisent plus. Il n'y a plus de douleurs. L'état général s'est maintenu excellent.

Le 11. Légère douleur dans les masses musculaires du mollet droit; trois ou quatre petites taches rouges sur la partie inférieure de la jambe du même côté.

Le 16. Santé parfaite. Exeat.

Obs. III (*communiqué par M. Arnozan*). — Françoise T., 19 ans, domestique, entrée le 28 décembre 1878, salle Saint-Vincent, n° 5.

Au mois de mai dernier, cette malade avait eu quelques boutons aux organes génitaux, et des pertes blanches; elle a subi, à cette époque, un traitement interne qu'elle ne connaît pas.

Au mois d'août 1877, elle entre à l'hôpital Saint-Louis pour des maux de gorges et chute des cheveux; elle ne semble pas avoir eu d'éruption généralisée; on l'améliore au bout de huit jours, et elle continue à prendre chez elle du sirop de Gibert, jusqu'au mois de novembre.

Depuis cette époque, elle reste guérie, ou à peu près; bien réglée, mais avec quelques pertes blanches.

Outre ces antécédents, la malade raconte qu'elle saigne fréquemment et facilement du nez; qu'elle a beaucoup perdu de sang à la suite d'une extraction dentaire; qu'elle a été réglée à douze ans; que l'hémorrhagie menstruelle dure huit à neuf jours et est abondante; quelques douleurs vagues, çà et là, surtout au mois de juin dernier, en coïncidence avec des pertes blanches et une miction douloureuse.

Le 7 décembre. Sans cause appréciable, hémorrhagie utérine qui dure jusqu'au 19; avec mouvement fébrile et quelques douleurs lombaires, le soir.

Elle sort le 27 du service de M. Bourdon, où elle était soignée, présentant déjà quelques taches purpuriques sur les membres; elle rentre le lendemain dans la salle Saint-Vincent, avec un purpura confluent sur les deux membres inférieurs, et quelques taches sur coudes.

En outre, quelques douleurs articulaires avec gonflement léger des jointures malades, et quelques plaques d'érythème papuleux, surtout au milieu des articulations douloureuses.

On prescrit : repos; friction avec vinaigre aromatique; citron.

Le purpura pâlit rapidement; mais les douleurs augmentent; puis des vomissements surviennent.

On prescrit l'usage de la glace à l'intérieur.

Le 3 janvier : Purpura à petites taches irrégulières, confluentes sur la plupart des points occupés; éruption généralisée, à part la tête, les mains et les pieds. Très-pâlie aux membres inférieurs, où on l'aperçoit à peine; plus nette, mais moins abondante aux seins, sur la poitrine et l'abdomen; plus vive encore sur les bras (région postérieure), et sur-

tout aux fesses et dans la région dorsale, où elle forme de vraies nappes livides. Il n'y a pas d'érythème.

Ce matin, elle a eu à deux reprises, par la narine droite, une épistaxis abondante qui s'est arrêtée spontanément. Vomissements bilieux, peu abondants, accompagnés de quelques filets de sang. Pouls, 68. Les battements du cœur sont réguliers, bien frappes; il n'y a pas de brui anormal. Pas de souffle vasculaire; les conjonctives sont pâles.

Petite toux sèche, par accès peu fréquents, sans signes stéthoscopiques du côté du poumon.

Douleur vive à l'épigastre, irradiant surtout surtout vers l'hypochondre droit; le foie déborde un peu le rebord des fausses-côtes.

La rate présente un volume normal. L'appétit est modéré; la langue fraîche ; il y a un peu de castipation. Pertes blanches abondantes.

Toujours quelques douleurs articulaires fugaces apparaissent surtout le soir. Quelques ganglions petits et indolores, dans le creux sus-claviculaire, le long du sterno-mostoïdien, et de l'aisselle gauche.

Le malade affirme n'avoir pas pris d'iodure de potassium depuis près de deux mois.

On fait deux injections hypodermique de 0,01 de morphine.

Le 6 janvier. Le purpura qui avait pâli sur les membres inférieurs, s'est reproduite sur toute la surface des cuisses.

Erythème aux genoux, surtout à gauche; douleurs très-vives dans la continuité des cuisses et aux bras.

Douleur, surtout à la pression, au rebord inférieur des fausses-côtes gauches ; on entend à la pointe du cœur, un souffle systolique.

Les vomissements ont cessé ; constipation. On suspend les injections de morphine, et on applique un vésicatoire au devant du cœur.

Le 7. Le purpura pâlit, ainsi que l'érythème du genou.

Les douleurs de cuisses et la douleur précordiale ont beaucoup diminué.

On suspend tout traitement.

Le 8. Le purpura pâlit de plus en plus; le souffle systolique est à peine perceptible.

Il y a eu hier soir une légère épistaxis.

Le sommeil est bon.

Le 9. Éruption de petites plaques d'érythème papuleux sur le dos des mains et des pieds.

Le 10. La malade a eu il y a trois jours un commencement de règles. Cessation aujourd'hui.

Il s'est produit une nouvelle poussé de purpura aux fesses et sur les mollets. L'éruption papuleuse des pieds et des mains est très-prurigineuse. Rien au cœur.

Le soir. Les avant-bras et les jambes sont couverts d'une éruption papuleuse très-prurigineuse et presque confluente.

11 janvier. L'éruption a pâli. Cependant le malade n'a pu dormir par suite des démangeaisons.

Le 12. La malade s'est levée. Elle a un peu vomi dans la nuit. Légère épistaxis, le soir.

Le 13. Mauvais sommeil, malgré une injection de morphine.

Epistaxis assez abondante.

L'éruption miliaire de chaque soir a été moins forte et moins prurigineuse. Ce matin, douleur épigastrique, avec irradiation sur le trajet du phrénique. Dépression générale.

Le 14. Epistaxis assez abondante. Le soir, il se produit une nouvelle poussée purpurique aux coudes et aux jambes.

On prescrit de nouveau le perchlorure de fer à la dose de 8 gouttes

Le 15 et 16. Deux nouvelles épistaxis.

Les jours suivants, jusqu'au 30 janvier, disparition graduelle de tous les symptômes. De temps à autre, cependant, on observe des éruptions de purpura ou de papules sur les membres, mais ces éruptions sont de plus en plus rares.

Quelques pertes blanches insignifiantes.

Le 31. L'état général est excellent. Le malade part pour le Vésinet

Obs. IV (communiquée par le Dr Cuffer). — Kz..., âgé de 30 ans. pianiste. Entre le 2 mai 1877 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Laillier, salle Saint-Mathieu, n° 37.

A l'âge de huit ans, le malade a été atteint d'une affection thoracique avec hémoptysie (?) dont il a bien guéri.

Il est sujet de temps en temps à des douleurs rhumatismales.

Il y a quinze jours, Kz... a été pris de douleurs articulaires dans le membre inférieur droit. Le lendemain il constata sur cette jambe une éruption de petites taches rouges.

Les douleurs cessèrent alors, pour reparaître quatre jours après.

Presque en même temps, il eut une épistaxis peu abondante. Depuis ce moment il a gardé un peu de faiblesse et de fatigue générale. Pas de fièvre.

Actuellement, on observe sur les deux jambes, surtout à droite, une éruption constituée par un assez grand nombre de petites taches rouge foncé, ne disparaissant pas par la pression, sans saillie, sans inflammation, sans œdème périphérique. Quelques-unes de ces taches sont punctiformes. Sur la jambe gauche, on en voit une de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Nulle part il n'y a d'ecchymoses.

Cependant quelques-unes des taches sont de couleur ecchymotique. Rien sur le reste du corps. Rien au cœur.

Les jours suivants, l'éruption pâlit graduellement et finit par disparaître.

Le malade sort guéri le 9 mai.

Obs. V (communiquée par M. Poulier, interne des hôpitaux). Car... (Marceline), 18 ans, domestique. Entrée le 25 avril 1879, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 21.

La malade, dont la mère est depuis longtemps rhumatisante, a eu dans son enfance des accidents strumeux, gourme, glandes, etc.

Mauvaise nourriture, misère.

Elle n'a été réglée que deux fois, au mois de novembre dernier, et au mois de février.

Le début des accidents actuels remonte à quinze mois. Le malade avait fréquemment les chevilles enflées et douloureuses ; en enlevant ses bas, elle s'apercevait que ses jambes étaient couvertes de taches rouges violacées, en même temps qu'elles étaient le siége de vives démangeaisons. Elle voyait aussi sous la peau des espèces de bosselures dures, douloureuses, qui disparaissaient au bout de quelques heures.

Cette première fois, les taches existèrent seulement sur les membres inférieurs.

Depuis ce moment, il y a eu des poussées continuelles de taches, avec un intervalle de quelques mois, de septembre à février.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu au mois de février, puis à la Charité le 25 avril.

Depuis l'entrée, éruptions successives, sur les membres inférieurs,

les membres supérieurs, surtout au voisinage des coudes; quelques taches à la partie postérieure du tronc.

Chaque poussée dure quatre à cinq jours, et avant qu'elle ait complétement disparu il en survient une nouvelle, si bien qu'on peut observer en même temps tous les degrés de l'ecchymose. On voit d'abord des bosselures, avec enflure des chevilles, et démangeaisons vives ; ce sont ces démangeaisons qui attirent l'attention de la malade. En même temps que les bosselures disparaissent, les taches rouge vif apparaissent, d'autres taches plus petites se montrent, sans avoir été précédées d'induration. Les plus grandes de ces taches sont comme une pièce de un franc, irrégulières, assez analogues aux macules de la rougeole, mais nettement hémorrhagiques, et ne s'effaçant pas à la pression. Le lendemain soir, la tache est devenue violette ; le troisième jour elle est jaune ; au bout de quatre à cinq jours il n'en reste plus de trace (2).

Obs. VI. (Obs. II du mémoire de M. Blachez (1) (résumé). Jouhamet, feuillagiste, 18 ans. Entré à l'hôpital le 24 mai.

Constitution moyenne. Santé habituellement satisfaisante. A plusieurs reprises, douleurs vagues qu'il qualifie de rhumatismales ; il y a quinze jours, un accès de fièvre, après refroidissement.

Depuis trois ou quatre jours, douleurs peu intenses dans les genoux et les mollets.

Hier matin, fourmillements dans les jambes, et, dans la journée, éruption de taches d'un rouge violacé.

24 mai. Pas de fièvre. Eruption de purpura sur les jambes et les cuisses. Rien sur le tronc. Au-dessous des taches, les masses musculaires sont douloureuses à la pression ; les picotements ont disparu dès que les taches se sont montrées. Souffle anémique à la base du cœur.

Du 24 au 29 mai, les taches s'effacent peu à peu.

Le 29 et les jours suivants, des douleurs vives envahissent successivement un grand nombre d'articulations, en même temps qu'apparaît un souffle systolique de la pointe.

Traitement : Deux saignées de 300 grammes.

(1) Le malade est encore en observation.

(2) Blachez, Du purpura rhumatismal, Gaz. hebd., 1865 p. 131

1er juin. Amélioration marquée des phénomènes douloureux et de l'endocardite, amélioration qui se maintient les jours suivants.

Le 4. Le purpura reparaît aux jambes et aux cuisses; taches confluentes aux jarrets. Disparition complète des douleurs articulaires. Le malade se lève.

Le 7. Le malade sort de l'hôpital, conservant encore des taches, sans nouvelles manifestations articulaires.

Obs. VII. (empruntée à la thèse de Bucquoy) (1). Il s'agit d'un jeune homme âgé de 25 ans, robuste et habituellement bien portant, qui fut pris le 2 mai 1845 de frissons et de douleurs dans les jointures, suivies le lendemain d'une éruption de purpura sur les jambes et les cuisses.

Le lendemain survint un gonflement du genoux et du coude droit. A son entrée à l'hôpital, le 6 mai, la tuméfaction des jointures avait disparu, et l'on ne voyait plus que la trace des taches sur les membres et sur le dos. L'état général était bon; aucune hémorrhagie. (Limonade, eau de Rabel).

Le 8 mai, les deux mains sont gonflées, non douloureuses; une rougeur assez vive se remarque à l'extrémité digitale des métacarpiens et au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus. Pouls à 72. L'état général est bon.

Le 9. Le gonflement de la main droite a diminué. La gauche est considérablement tuméfiée. De nouvelles taches d'un rouge vif se développent.

Le 10. Gonflement du coude droit; peau tendue, rouge, chaude, douloureuse; quelques nouvelles taches sur les cuisses.

Le 14. Le gonflement articulaire a disparu presque complètement. Une cinquantaine de nouvelles taches se montrent sur les cuisses et les jambes.

Depuis la veille les gencives sont douloureuses et saignent facilement par la pression. Erosions au niveau de la cuisse inférieure gauche; (Quinquina et cresson.)

Du 17 au 22. Gonflement des mains.

Le 23, le nez et la lèvre supérieure sont également gonflés; le len-

(1) Bucquoy, Thèse Paris 1855, p. 65.

demain ces parties, revenues à leur état naturel, étaient couvertes de taches.

Le 27, les deux jambes sont gonflées. Il survient une éruption de taches et de gros tubercules saillants, à base dure, à peine colorés à leur centre. Ces tubercules sont remplacés le lendemain par des taches bien colorées.

Pendant toute la durée de la maladie l'état général resta bon. Les gencives se cicatrisèrent vers le mois de juillet; le malade n'eut qu'une légère hémorrhagie, qui persista huit heures, à la suite de l'avulsion d'une dent.

Le traitement se compose principalement de médicaments antiscorbutiques et de ferrugineux.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Du sperme.

Physique. — Des leviers appliqués à la mécanique animale.

Chimie. — De l'isomérie, de l'isomorphisme et du polymorphisme.

Histoire naturelle. — Etude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale; procédés suivis pour analyser ces liquides.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole.

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition des sucs végétaux? Quels sont les procédés le plus souvent employés pour les extraire, les clarifier, les conserver? Qu'entend-on par sucs extractifs, acides sucrés, hui-

leux, résineux et laiteux ? Quelles sont les formes dans lesquelles on les emploie en médecine ?

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Vu : Le président de la thèse,
VULPIAN.

Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GREARD.